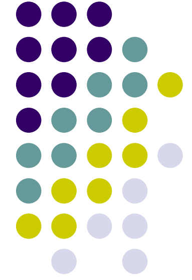
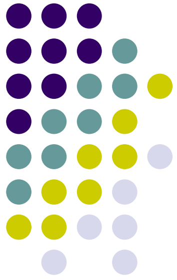




Diagnostic d'une paralysie faciale périphérique

Présenté par Dr Ouared



Plan

I- Généralités

II- Rappel :

-anatomique

-physiologique

III- Physiopathologie

IV- Diagnostic positif

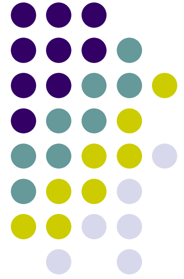
V- Diagnostic différentiel

VI- Diagnostic étiologique

VII- Conduite à tenir aux urgences

VIII- Conclusion

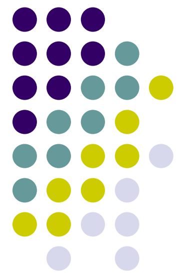
GÉNÉRALITÉS



Le nerf facial est la septième paire crânienne, c'est le nerf de l'émotion et de la communication non verbale,sa paralysie est source de troubles fonctionnels et psychologiques.

Sa prise en charge passe tout d'abord par une bonne connaissance du nerf facial dans :

a) Son anatomie
b) Sa physiologie
c) Sa physiopathologie



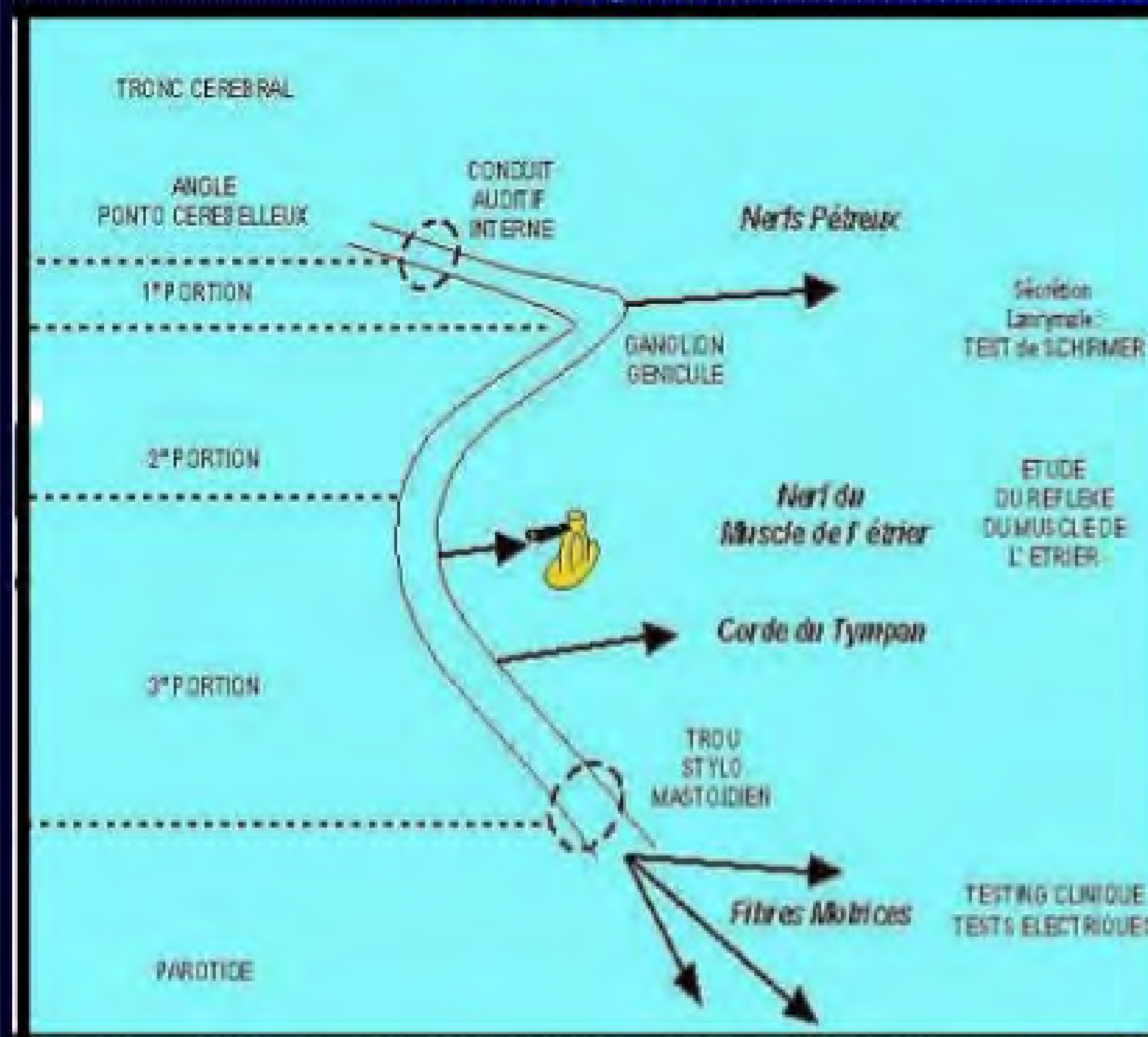
RAPPEL ANATOMIQUE

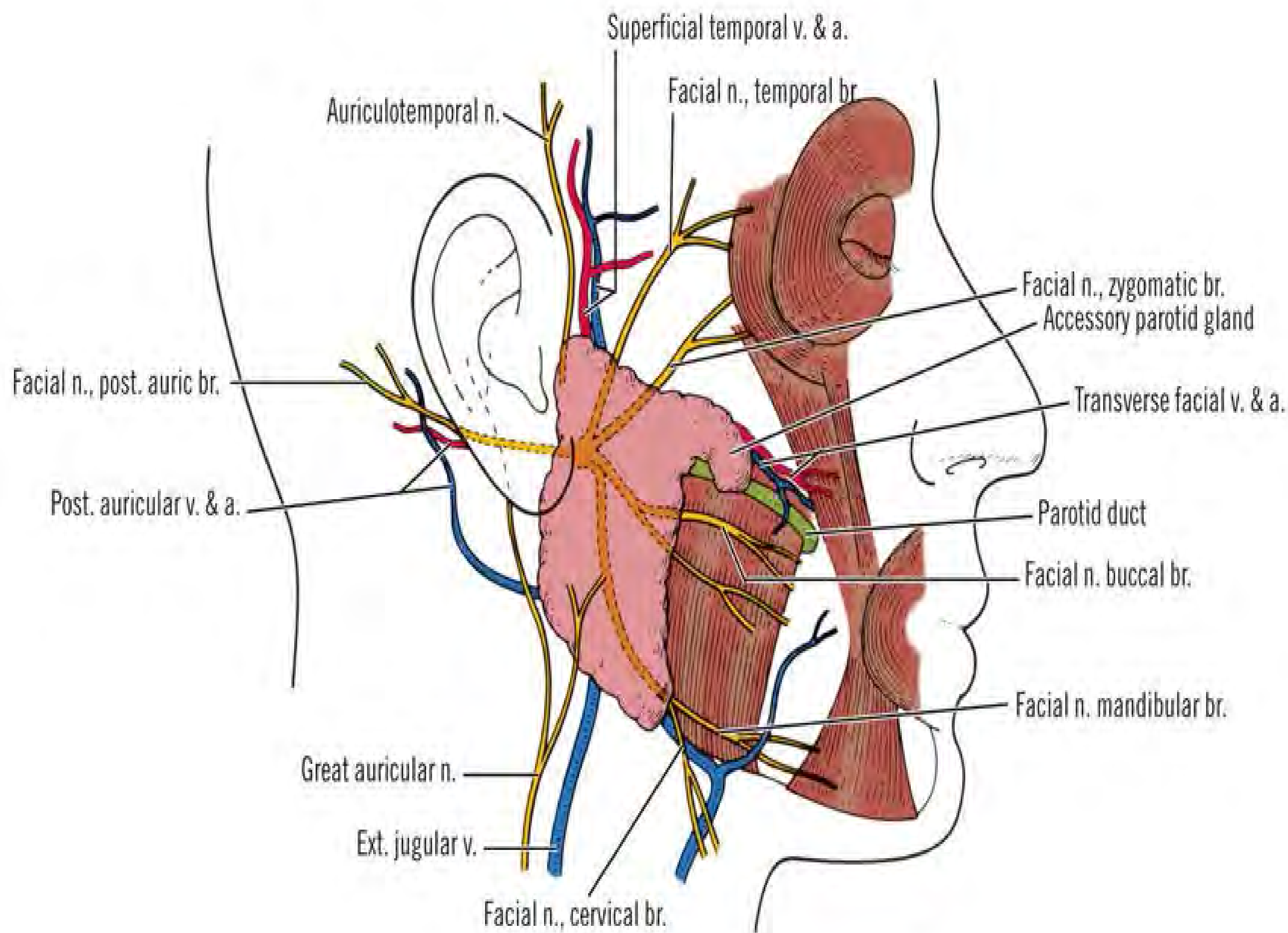
- Origine: sillon bulbo protubérantiel du tronc cérébral
- Trajet: ▪ intra crânien: traverse successivement:

  - le rocher (oreille interne et moyenne)
  - la mastoïde

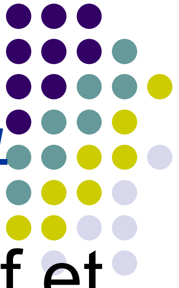
  ▪ trajet extra crânien: pénètre dans la parotide
- Terminaison: dans la parotide où il se divise en deux branches terminales.

Rappel anatomique du nerf facial




Superficial temporal v. & a.
Auriculotemporal n.
Facial n., temporal br.
Facial n., zygomatic br.
Accessory parotid gland
Facial n., post. auric br.
Transverse facial v. & a.
Post. auricular v. & a.
Parotid duct
Facial n. buccal br.
Facial n. mandibular br.
Great auricular n.
Ext. jugular v.
Facial n., cervical br.

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE



Le nerf facial est un nerf mixte : moteur, végétatif et sensitivo-sensoriel.

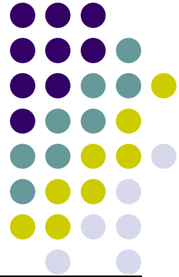
- Fonction motrice : Concerne essentiellement les muscles de la face et du cou

nerf du muscle de l'étrier = réflexe stapédien

- Fonction sensitive : zone de Ramsay-Hunt.
- Fonction sensorielle : gustative des 2/3 antérieurs de la langue
- Fonction végétative :

- Sécrétion lacrymo-nasale
- Sécrétion salivaire

PHYSIO-PATHOLOGIE



Les mécanismes de souffrance à l'échelon du nerf:

Macroscopiquement,le ner facial peut être:

-sectionné

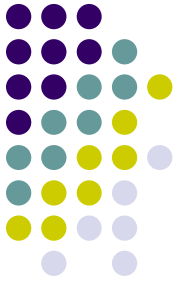
-élongé

-comprimé: extrinsèque
intrinsèque

-infecté

-dévascularisé

Les mécanismes de souffrance à l'échelon de la cellule nerveuse:



-Neurapraxie : démyélinisation sans interruption axoplasmique, réversible.

-Axonotmesis : interruption de la gaine de myéline et de l'axoplasme mais la gaine de soutien conjonctive (épinerve) est respectée assurant ainsi la régénérescence nerveuse.

-Neurotmesis : interruption histologique complète du nerf = aucune chance de régénération ou de guérison.

Neurapraxie

Atteinte segmentaire de la gaine de myéline (myélinopathies)



Excellent pronostic

Lésion localisée de la myéline

Axonotmésis

Atteinte localisée de l'axone (axonopathies)



Bon pronostic

Lésion localisée de la myéline et de l'axone

Neurotmésis

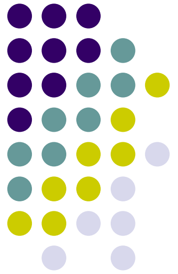
Destruction du corps cellulaire (neuronopathies)



Mauvais pronostic

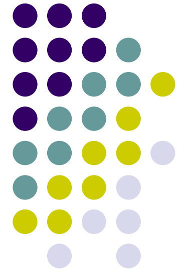
Section complète du tronc nerveux

DIAGNOSTIC POSITIF



Interrogatoire :

- Date et mode de début : Brutal ou progressif
- Contexte d'apparition : Syndrome grippal, traumatisme...
- Antécédents médico-chirurgicaux
- Signes fonctionnels : sensation de déviation latérale de la bouche du côté sain, hémiface lourde, engourdie...
- Signes associés : otalgie, sensation de goût métallique...



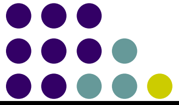
Examen clinique :

1- examen du visage :

Au repos : - Diagnostic facile sauf nourrisson.

- Asymétrie avec hémiface lisse et flasque

Coté sain		Coté paralysé
- attraction du nez - attraction de la bouche		- effacement des rides du front - élargissement de la fente palpébrale - abaissement de la paupière inférieure - effacement du pli naso-génien - chute de la commissure labiale

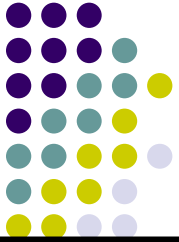


Lors des mouvements :

La paralysie devient évidente si on demande au patient de fermer les yeux, siffler ou gonfler les joues :

a- impossibilité de fermer l’œil = **lagophtalmie** et **signe de Charles Bell**, essentiel, différencie l'atteinte périphérique de l'atteinte centrale.

[redacted]



[redacted] La mastication est perturbée

[redacted]

- Il peut exister une forme [redacted]

Signe de Souques : lors de la fermeture maximale de l'œil les cils [redacted]

[redacted] lors du clignement, la paupière du [redacted]

[redacted] **PF chez le sujet comateux :**

- Hypotonie de la joue du coté paralysé : sujet qui **«fume la pipe»**

- **Manoeuvre de Pierre Marie et Foix** : pression bilat du creux sous- [redacted]



2- Troubles des réflexes :

- Naso-palpébral, Cochleo-palpébral, Optico-palpebral abolis
- Réflexe cornéen (non recommandé) est aboli ou S.charles bell.

3- Troubles sensitifs et sensoriels :

- Agueusie des 2/3 ant de la langue
- Hypoesthésie de la zone de Ramsey Hunt
- Hyperacousie douloureuse (abolition du rfx stapédien)

4- Troubles sécrétoires et vasomoteurs :

- Rougeur de l’hémiface
- Diminution de la sécrétion lacrymale et salivaire

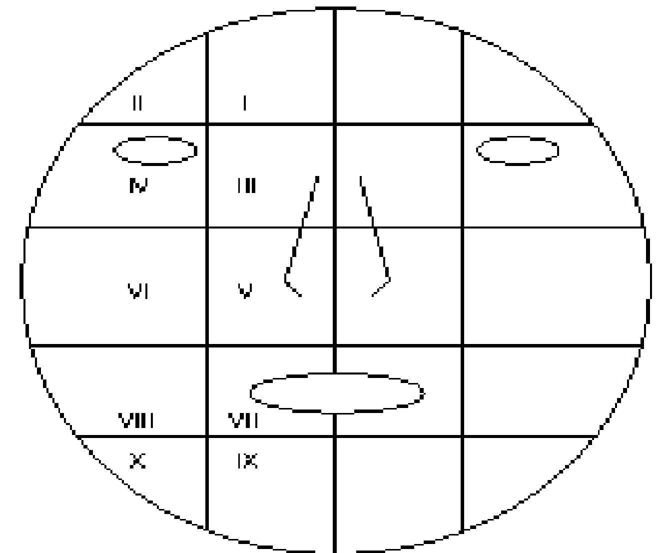


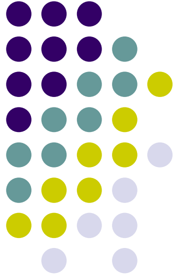
5- testing musculaire :

Evalue la PF, immediat afin d'évaluer le degré de l'atteinte et à distance pour évaluer la récupération.

La classification de Freyss : explore 10 groupes musculaires dont la motricité est cotée de 0 à 3 avec représentation sur un schéma et calcul du score total sur 30

- 0 = Pas de contraction
- 1 = Contraction minime
- 2 = Contraction ample mais avec difficulté et sans force
- 3 = Les mouvements sont complets et avec force





- Les dix muscles testés de haut en bas:

-Frontal: « faites les gros yeux »

-Sourcilier: « froncez les sourcils »

-Orbiculaire des paupières: «fermez les yeux »

-Pyramidal: « plissez le nez »

-Dilatateur des narines: « écartez les narines »

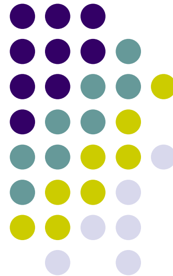
-Orbiculaire des lèvres: « sifflez »

-Risorius: « souriez »

-Zygomatique: « souriez dents serrées »

-Buccinateur: « gonflez les joues »

-Carré du menton: « mettez le menton en avant »



Résultats :

- PF légère : Score entre 20 et 30
- PF moyenne : Score entre 10 et 20
- PF sévère : Score entre 0 et 10
- PF totale : Score = 0

Classification de Hous Brackmann



Échelle d'évaluation de House et Brackmann.

Grade I :	100 % de mobilité faciale. Mobilité faciale et tonus sont normaux
Grade II :	Légère dysfonction : 80 % de mobilité faciale estimée. Au repos, symétrie et tonus normaux. Aux mouvements, apparition d'une légère asymétrie sans contracture avec absence ou présence de discrètes syncinésies
Grade III :	Dysfonction modérée : 60 % de mobilité faciale estimée. Au repos, symétrie et tonus sont normaux. Diminution globale de la mobilité. La fermeture oculaire est obtenue même si l'effort nécessaire est important. Spasmes et syncinésie sont présents mais ne défigurent pas
Grade IV :	La dysfonction est modérément sévère : 40 % de mobilité faciale estimée. Au repos, le tonus est normal, la symétrie globalement conservée. Aux mouvements, il n'y a pas ou très peu de mobilité frontale. La fermeture oculaire complète ne peut être obtenue malgré un effort maximal. L'existence de syncinésies sévères ou d'un spasme entravant la mobilité faciale doivent amener à classer dans ce grade
Grade V :	Dysfonction sévère : 20 % de mobilité faciale estimée. Au repos, l'asymétrie est évidente et le tonus déficient. Seuls quelques mouvements sont perceptibles au niveau de l'œil et de la bouche. À ce stade il ne peut y avoir ni spasme ni syncinésie
Grade VI :	Paralysie faciale complète : 0 % de mobilité faciale estimée

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

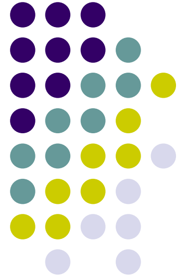
1. Etude éléctrophysiologique: 2 techniques d'enregistrement électrique du nerf facial :

- **Électromyographie (EMG de détection):** C'est la détection des potentiels de fibrillation témoignant de la dénervation
- **Test de Hilger:** Si différence de seuil >2 mA entre les deux côtés = péjoratif

.Électroneuronographie (ENOG) : Permet de détecter le pourcentage des fibres dégenérées

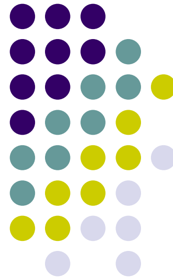


Autres examens complémentaires



- Réflexe stapédien
- Test de shirmer, test de Blatt électrogustométrie
- NFS, glycémie, VS, CRP
- Sérologie (Herpes, VZV, EBV, CMV, TPHA , lyme…….)
- TDM, IRM

Diagnostic différentiel



- Paralysie faciale d'origine centrale :
    - Respecte le territoire supérieur
    - Absence de signe de Charles Bell
    - Association d'autres signes neurologiques
- Déficit moteur : en général symétrique, secondaire à :
    - Myopathie
    - Myasthénie
    - Collagénoses
- Asymétrie faciale constitutionnelle

Diagnostic étiologique



1 - la paralysie faciale a frigore ou paralysie de bell:

C’est la plus fréquente des pfp d’installation brutale sans cause évidente isolée, précédée parfois de douleurs et accompagnée de troubles du goût.

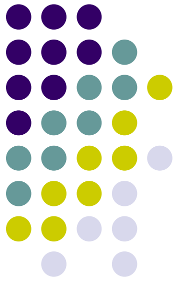
Sa pathogénie est discutée, la réactivation d'une infection à HSV 1 est l'étiologie la plus probable.

C'est un diagnostic d'élimination,l ‘évolution est variable.

Les paralysies mineures récupèrent toujours rapidement et complètement.

les paralysies complètes entraînent dans 20 % des cas des séquelles.

2 – Les paralysies faciales d'origine infectieuse:



PF OTITIQUE :

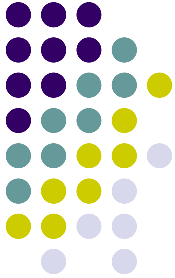
1- Otite moyenne aiguë et otomastoïdite
2- Otite moyenne chronique
3- Otite tuberculeuse
4- Otite externe maligne ou nécrosante progressive

PF d'origine virale :

- zona du ganglion géniculé : due a la résurgence du VZV, La paralysie est concomitante, d'une douleur violente, puis d'une éruption vésiculeuse pathognomonique au niveau de la zone de Ramsay-Hunt.
- Autres atteintes virales : MNI, CMV, rougeole, rubéole, oreillons, hepatite B, VIH, grippe, après vaccination antirabique.

PF Bacterienne :

- Maladie de Lyme
- Autres : tétanos, neurobrucellose, lèpre et fièvre typhoïde.



3- les paralysies faciales traumatiques :

-Les fractures du rocher

-Les plaies de la région parotidienne

-Le traumatisme opératoire :

chirurgie du neurinome de l'acoustique

chirurgie otologique

chirurgie parotidienne

4- les paralysies faciales tumorales :

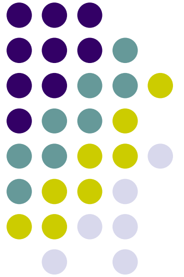
Elles sont d'évolution progressive

-les tumeurs du tronc cérébral

-les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux (neurinome, méningiome...)

-les tumeurs du rocher

-les tumeurs malignes de la région parotidienne



5- les paralysies faciales de causes générales:

-auto-immunes: vascularites et collagénoses

-métaboliquess: diabète,amylose,carentielle (anémie de Biermer)

-toxiques:Pb,arsenic,chlore,CO

-paranéoplasiques:cancers,dysglobulinémies

-neurologiques:SEP,Syndrome de Guillain-Barré

6- Les PF du nné et enfant:

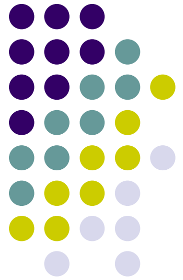
Nouveau-né:

- traumatique – malformative

Enfant:

Otogène – hématologique – hypercalcémie idiopathique – intoxication à la Vit D

CAT aux urgences (univoque)



1. La reconnaître
2. La quantifier
3. La localiser
4. Rechercher une étiologie
5. Décider de la thérapeutique initiale et de l'orientation.



Conduit a tenir en urgence

- Toutes les PF méritent un traitement médical:

-Bien informer le patient

-Soins ophtalmiques+++

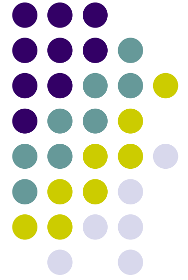
-Kinésithérapie et acupuncture

- Pour les PF a frigore :

-Corticothérapie intense et précoce 1mg/kg/J +/- vasodilatateur

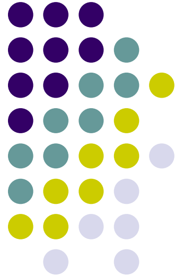
-Aciclovir 2cp 2x/j pdt 7j

-Vitaminothérapie B peut être administrée



- Traitement chirurgical: discuter une décompression du facial si évolution péjorative

- Traitement étiologique



Conclusion

La PFP est un motif de consultation très fréquent en ORL dont le diagnostic positif reste facile mais l'étiologie est à rechercher afin d'administrer le traitement adéquat à temps et éviter l'évolution vers des séquelles qui constitueraient un handicap fonctionnel mais aussi psychologique pour le patient.